

ISSN 0320-8168



ВОПРОСЫ СТАТИСТИКИ

8/2009

Научно-информационный журнал
Издается с сентября 1994 г. (с января 1919 г. выходил под названием «Вестник статистики»)
Учредитель
Федеральная служба государственной статистики

Адрес: 107450, Москва, ул. Мясницкая, 39, стр. 1
Телефон: 607-48-90
Телефакс: 607-48-82
E-mail: voprstat@mtu-net.ru
http://www.infostat.ru

Журнал зарегистрирован в Комитете Российской Федерации по печати. Регистрационный номер 012312

В НОМЕРЕ:

СТАТИСТИКА СМЕРТНОСТИ В РОССИИ ОТ ПРИЧИН АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Е.М. Андреев, *канд. физ.-мат. наук,*
Институт демографии общества Макса Планка, Германия,
И.А. Збарская, *канд. социол. наук,*
Федеральная служба государственной статистики

Начиная с 1999 г. в России при разработке данных об умерших по причинам смерти используется Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10). Одновременно с внедрением МКБ-10 принципиально изменилась система кодирования причин смерти. Какие-то попытки учесть причины смерти в России предпринимались еще в конце XIX века, но в современном понимании разработка причин смерти началась в 1938 г., а в 1956 г. стала в России всеобщей. Все предшествующие годы действовала следующая схема: врач или иной медицинский работник записывал причину смерти в медицинском свидетельстве о смерти, а имеющий специальную подготовку работник статистики проставлял код в соответствии с действующей номенклатурой причин и инструкцией. Начиная с 1999 г. и эта функция перешла к медицинским работникам, теперь они не только устанавливают причину смерти, но и кодируют ее. В отличие от предыдущих номенклатур причин смерти, которые включали не более 200 позиций, началось кодирование по полному перечню МКБ-10, формально содержащему более 11000 позиций. По нашим подсчетам, за девять лет врачи реально использовали более 9500 кодов нозологических единиц. Однако внешне результаты статистической разработки изменились мало. Органы статистики подготавливали таблицы распределения умерших по возрасту и причине смерти согласно Краткой номенклатуре причин смерти 1997 г., основанной на Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра, содержащей в 1999 г. 245 позиций. Позднее число причин увеличивалось. Табулировать данные по всем причинам только что внедренной МКБ-10 казалось (и было бы) очень смелым шагом. К тому же по многим территориям ценность такой работы сомнительна - число умерших от большинства нозологий было бы слишком малым для анализа. В то же время возможность вернуться и повторить табуляцию данных по более широкому перечню причин сохранялась.

В процессе совершенствования статистики населения расширялась и краткая номенклатура. В 2005 г. в нее были включены дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, алкогольная кардиомиопатия; хронический панкреатит алкогольной этиологии. Оказалось, что число умерших от алкогольной кардиомиопатии весьма велико: за 2005 г. - 27,9 тыс. человек, то есть больше, чем в том же году умерло в результате нападения (убийства). Очевидно, что было бы крайне важно восстановить динамику смертности от этой причины за весь период, когда она кодировалась врачами, то есть начиная с 1999 г. Это соображение и дало толчок нашей работе.

Причины смерти алкогольной этиологии

Из множества причин смерти МКБ-10 мы выбрали все нозологические единицы, содержащие слово «алкоголь» в качестве необходимого компонента[1], то есть причины, смерть от которых сопряжена с употреблением алкоголя. Таких двух- и трехзначных кодов оказалось 27, но одна причина (эндокринное заболевание - синдром Иценко-Кушинга, вызванный алкоголем) не была зафиксирована ни разу. Остальные 26 кодов перечислены в таблице 1.

Таблица 1

Код	Причина смерти	Умерло в 1999-2007 гг., тыс. человек
F10	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя	51,3
	в том числе:	
F10.0	острая интоксикация	7,5
F10.1	пагубное употребление	2,3
F10.2	синдром зависимости	31,3
F10.3	абстинентное состояние	1,0
F10.4	абстинентное состояние с делирием	5,8
F10.5	психотическое расстройство	0,6
F10.6	амнестический синдром	0,8

[1] Мы не включили в наш перечень заболевания плода или новорожденного, связанные со злоупотреблением алкоголем матерью, и смерти, связанные с лечением алкоголизма.

Окончание таблицы 1

Код	Причина смерти	Умерло в 1999-2007 гг., тыс. человек
F10.7	резидуальные и отсроченные психотические расстройства	0,6
F10.8	другие психические расстройства и расстройства поведения	0,1
F10.9	психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное	1,4
G31.2	Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	22,2
G62.1	Алкогольная полиневропатия	0,5
G72.1	Алкогольная миопатия	0,1
I42.6	Алкогольная кардиомиопатия	245,6
K29.2	Алкогольный гастрит	0,1
K70	Алкогольная болезнь печени	90,7
	в том числе:	
K70.0	алкогольная жировая дистрофия печени	20,4
K70.1	алкогольный гепатит	7,2
K70.2	алкогольный фиброз и склероз печени	2,3
K70.3	алкогольный цирроз печени	54,9
K70.4	алкогольная печеночная недостаточность	2,4
K70.9	алкогольная болезнь печени неуточненная	2,9
K86.0	Хронический панкреатит алкогольной этиологии	2,9
X45	Случайные отравления и воздействия алкоголем	338,7
X65	Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем	0,3
Y15	Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями	17,1

Для сравнения мы взяли числа умерших от этих причин в США, Финляндии и во Франции в 1999-2005 гг. (более поздние данные пока отсутствуют). Выбор именно этих стран определяется наличием в базе данных ВОЗ[2] информации об умерших по причинам смерти, закодированных в соответствии с трехзначными кодами МКБ-10. Выбор США и Франции связан также с тем, что численность их населения позволяет рассматривать дробные нозологические единицы, а потребление алкоголя достаточно высокое. Финляндия (если не рассматривать бывшие европейские республики СССР) по типу потребления алкоголя ближе всего к России, хотя рассчитывать на подробные данные о смертности в силу малой численности населения трудно.

Начнем с того, что в США и во Франции присутствуют те же причины, что и в России, и также, как в России и Финляндии, отсутствует синдром Иценко-Кушинга, вызванный алкоголем.

В 1999-м и последующих годах смертность мужчин в возрастах 20-69 лет от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в России, США, Финляндии и Франции находится на примерно одинаковом уровне, не различается принципиально (см. таблицу 2). То же можно сказать и об алкогольной болезни печени и о хроническом панкреатите алкогольной этиологии. По этим двум причинам лидером является Финляндия.

Таблица 2

Стандартизованные коэффициенты смертности мужчин в возрастах 20-69 лет от причин алкогольной этиологии за период после 1998 г.

(на 100000)

	Россия	США	Финляндия	Франция
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя	9,94	5,49	10,53	10,56
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	4,25	0,07	0,72	0,32
Алкогольная полиневропатия	0,09	0,00	0,01	0,05
Алкогольная миопатия	0,02	0,00	0,00	0,00
Алкогольная кардиомиопатия	45,52	0,40	4,79	0,37
Алкогольный гастрит	0,01	0,02	0,28	0,01
Алкогольная болезнь печени	14,39	9,40	26,88	17,38
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	0,51	0,26	3,78	0,50
Случайные отравления и воздействия алкоголем	64,11	0,27	17,85	0,01
Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем	0,05	0,02	0,11	0,04
Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями	3,36	0,02	0,02	0,00

Во всех странах врачи диагностируют преднамеренное самоотравление алкоголем (то есть самоубийство посредством алкоголя). Соответствующий стандартизованный коэффициент смертности (СКС) равен 0,11 на 100000 в Финляндии, а в остальных странах он еще меньше. И в России, и в США, и в Финляндии фиксируются случаи отравления алкоголем с неопределенными намерениями. Стандартизованный коэффициент смертности в России равен 3,4, а в двух других странах - почти 0.

Ситуация в России и Финляндии принципиально отличается от ситуации во Франции и США в двух нозологических единицах: алкогольная кардиомиопатия и случайные отравления и воздействия алкоголем. Смертность от алкогольной кардимиопатии в России в 100 с лишним раз больше, чем в США или во Франции, и даже в Финляндии (с северным типом потребления алкоголя) смертность примерно в 10 раз ниже, чем в России. Уровень смертности от отравлений ал-

[2] См.: WHO Mortality Database: http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html

коголем в России вообще кажется несравнимым с США и Францией, а в Финляндии она всего в 3,5 раза ниже.

Таким образом, первый вывод, который можно сделать из нашего анализа: структура смертности от причин алкогольной этиологии в России имеет, конечно, свои особенности, но во многом схожа со структурой в трех рассматриваемых странах. Сходство позволяет думать, что и качество диагностики этих причин в целом находится на приемлемом уровне.

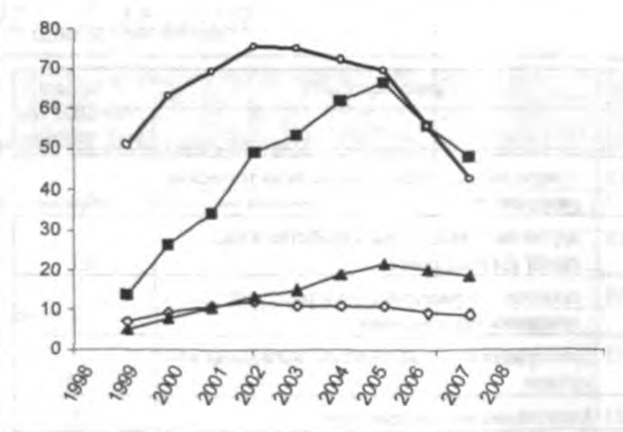
Динамика смертности

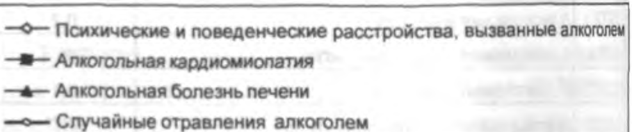
На трех панелях рис. 1 представлены СКС мужчин в возрасте 20-69 лет от причин алкогольной этиологии в России после 1999 г. Как и в таблице 2, для психических расстройств и болезней печени мы привели только суммарные данные. Три панели сформированы с учетом размера показателя. Естественно, что на нижней панели линии выглядят менее плавными, чем на панелях, расположенных выше. Но в целом динамика показателей выглядит вполне разумно. Можно допустить, правда, что очень быстрый рост смертности от алкогольной кардиомиопатии и от хронического панкреатита алкогольной этиологии в 1999-2000 гг. отражает не только реальный процесс, но и процесс привыкания к МКБ-10, так как раньше эти две причины в России специально не выделялись.

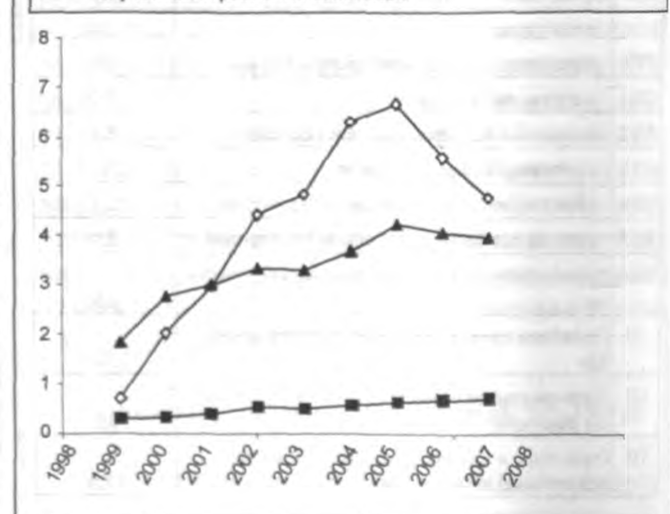
На рис. 2 представлены показатели для отдельных видов психических расстройств и отдельных болезней печени. Отметим, что и на верхней панели рис. 1, и на рис. 2 далеко не все колебания поддаются рациональному объяснению.

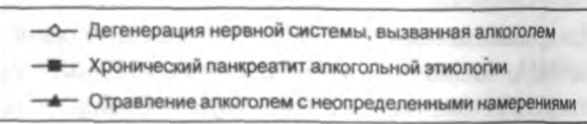
Динамика смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, определяется в основном смертностью в результате синдрома зависимости, на который приходится в среднем 60% умерших. Динамика смертности от алкогольной болезни печени определяется главным образом смертностью от алкогольного цирроза печени, на который приходится в среднем 59% умерших. Так или иначе мы не можем полностью исключить предположение, что в первые 1-2 года после перехода на МКБ-10 динамика смертности от некоторых причин отражала привыкание к новой системе кодирования, но этот процесс влиял на динамику показателей несущественно.

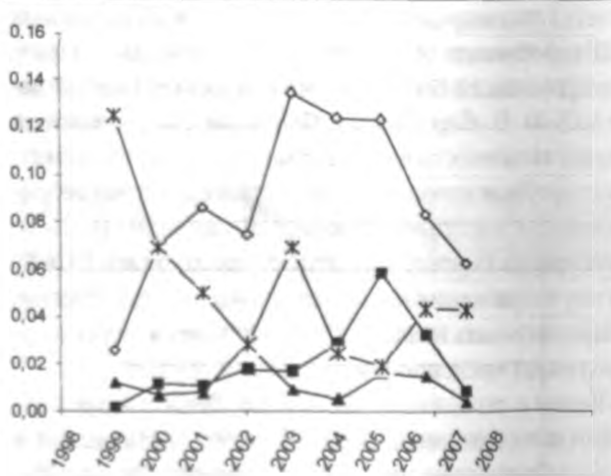
Очевидно, различается динамика смертности от алкогольных отравлений (все три типа отравлений суммарно) и соматических заболеваний. Если приглядеться, то можно увидеть особенности и третьей группы - психические и нервные заболевания (см. рис. 3. и таблицу 3). Смертность от отравлений меняется очень плавно. Максимум был достигнут в 2002 г., затем началось медленное снижение, которое резко ускорилось после 2005 г. Смертность от соматических заболеваний рос-











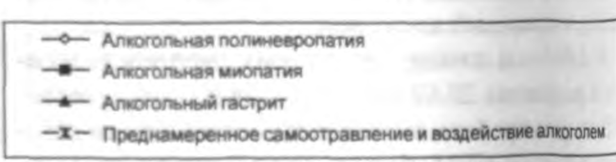


Рис. 1. **Смертность в России в 1999-2007 гг. от причин алкогольной этиологии** (СКС мужчин в возрастах 20-69 лет на 100000)

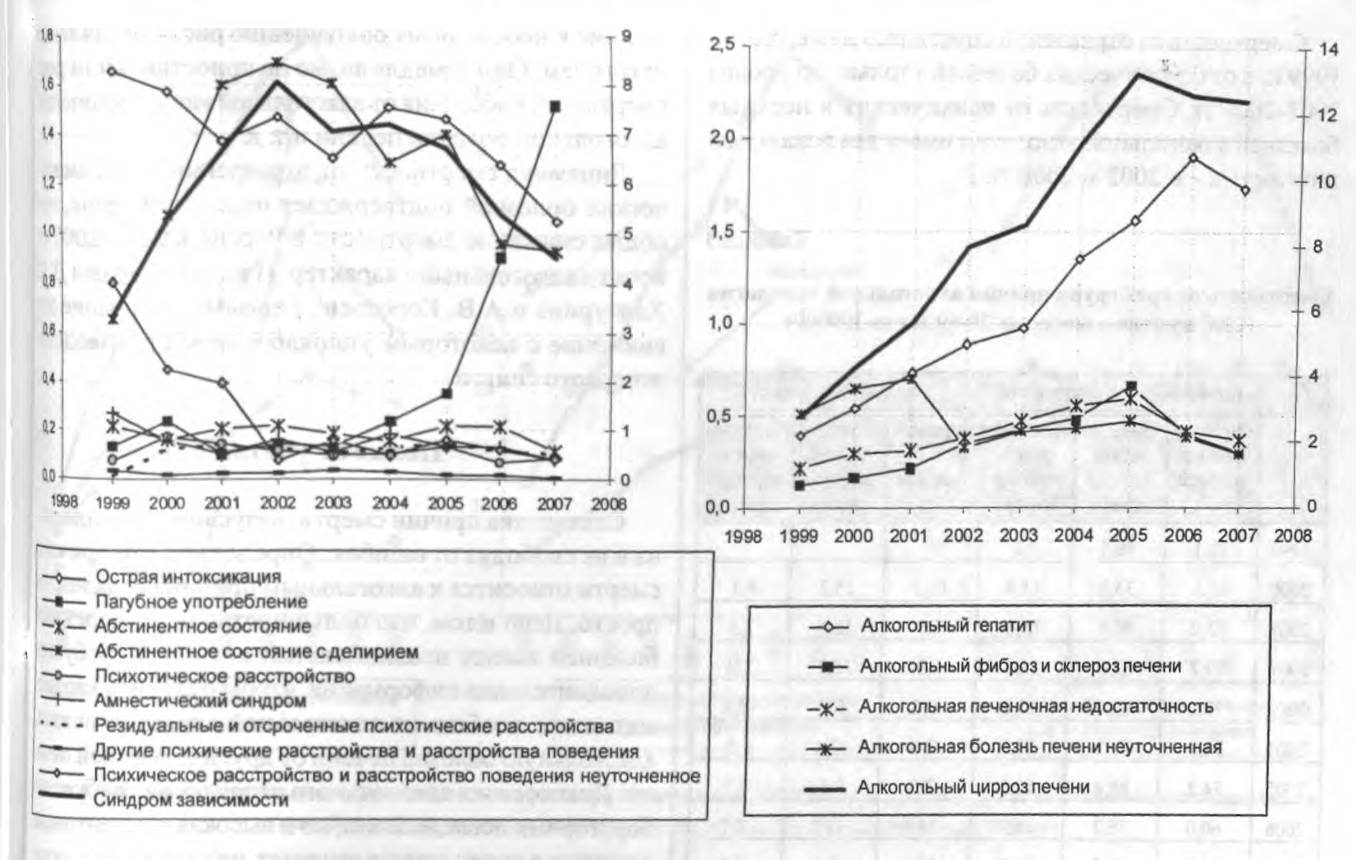


Рис. 2. **Смертность в России в 1999-2007 гг. от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя** (левая панель) **и от алкогольной болезни печени** (правая панель) (СКС мужчин в возрастах 20-69 лет на 100000. Синдром зависимости и алкогольный цирроз печени по правой оси)

ла почти линейно с 1999 по 2005 г., когда произошел перелом тенденции и началось быстрое снижение. Причем остроконечный максимум смертности в 2005 г. выражен очень четко. Лишь вглядевшись, можно заметить, что темп роста в 2002-2005 гг. был несколько меньше, чем в 2000-2002 гг. (высокий темп роста в 1999-2000 гг. может быть следствием смены системы кодирования). В 2000-2002 гг. среднегодовой рост был 14,4 пункта за один год, а в 2002-2005 гг. - 8,9 пункта за один год.

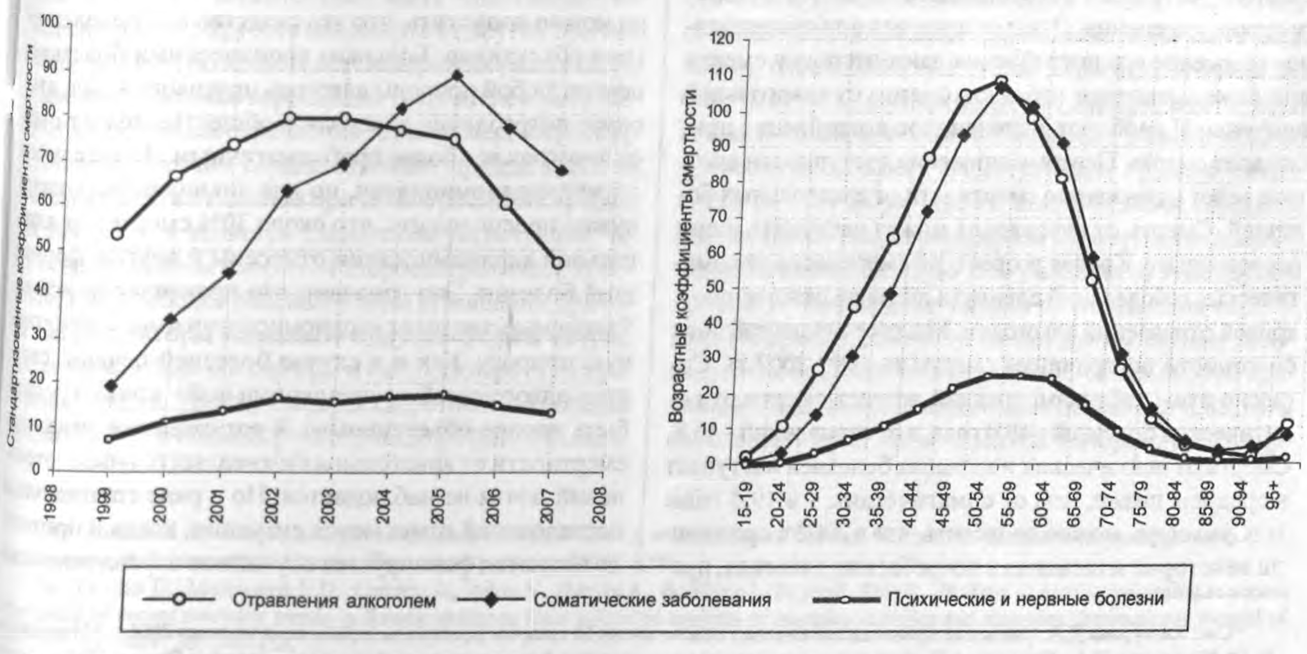


Рис. 3. **Смертность от трех групп причин алкогольной этиологии** [СКС мужчин в возрастах 20-69 лет (левая панель) и средние за период возрастные коэффициенты (правая панель) на 100000]

Смертность от отравлений спустилась ниже уровня 1999 г., а от соматических болезней - только до уровня 2002-2003 гг. Смертность от психических и нервных болезней алкогольной этиологии имеет два локальных максимума - в 2002 и 2005 гг.

Таблица 3

Смертность от трех групп причин алкогольной этиологии
(СКС мужчин в возрастах 20-69 лет на 100000)

Год	Коэффициенты смертности			Их годовой прирост		
	Отравления алкоголем	Соматические заболевания	Психические и нервные болезни	Отравления алкоголем	Соматические заболевания	Психические и нервные болезни
1999	53,1	19,1	7,2			
2000	66,3	34,3	11,4	13,2	15,2	4,1
2001	72,9	44,6	13,8	6,6	10,4	2,5
2002	79,2	63,0	16,6	6,3	18,3	2,8
2003	79,0	68,9	15,8	-0,2	5,9	-0,8
2004	76,2	81,3	17,3	-2,8	12,4	1,5
2005	74,2	88,8	17,6	-2,0	7,5	0,3
2006	60,0	76,7	14,9	-14,3	-12,1	-2,7
2007	46,9	67,3	13,3	-13,1	-9,4	-1,6

Асинхронность динамики смертности от алкогольных отравлений и алкогольных болезней обнаружена впервые, поскольку мы первыми получили достаточно длинный ряд данных о смертности от алкогольной кардимиопатии, без которых такой анализ невозможен.

Смерть от алкогольных болезней предполагает достаточно длительный период обильного потребления алкоголя, в течение которого накапливаются патологические изменения. Отказ от алкоголя или существенное снижение его потребления дают отсрочку смерти или даже позволяют избежать смерти от алкогольной причины. И наоборот, интенсивное потребление приближает смерть. Поэтому снижение доступности алкоголя ведет к снижению смертности от алкогольных болезней. Смерть от отравления может наступить и при первом опыте. Кривая возрастной смертности от соматических заболеваний сдвинута влево по отношению к кривой отравлений алкоголем. Мы рассчитали таблицы смертности по причинам смерти за 1999-2007 гг. Согласно этим таблицам, средний возраст смерти от соматических болезней - 49,0 года, а от отравлений - 46,8. Смерть от психических и нервных болезней наступает в среднем позже, чем от соматических, - в 49,8 года.

Суммируя, можно допустить, что в 2002 г. произошли некоторые изменения в потреблении алкоголя, приведшие к небольшому сокращению риска отравлений алкоголем. Они замедлили, но не приостановили рост смертности населения от алкогольной кардиомиопатии, алкогольной болезни печени и т. д.

Динамика смертности от отравлений и от соматических болезней подтверждает известный тезис, что общее снижение смертности в России в 2005-2007 гг. носит «алкогольный» характер. И видимо, правы Д.А. Халтурина и А.В. Коротаев[3], первыми связавшие это снижение с некоторым упорядочением производства этилового спирта.

Полнота учета

Статистика причин смерти, безусловно, не идеальна и не свободна от ошибок. Определить, что причина смерти относится к алкогольным причинам, далеко не просто. Дело в том, что большинство перечисленных болезней имеют неалкогольный аналог, и требуется дополнительная информация, чтобы отличить кардиомиопатию вообще от алкогольной кардиомиопатии, алкогольную болезнь печени от других болезней печени. Диагностика алкогольного отравления требует лабораторных исследований, но и высокая концентрация алкоголя в крови еще не означает, что смерть наступила именно в результате отравления. На рис. 4 мы вынесли три такие пары причин.

Формы кривых смертности от алкогольной и «неалкогольной» болезни печени очень похожи, но СКС «неалкогольной» болезни в среднем в три раза выше. Чтобы ликвидировать сходство, надо предположить, что 50-60% смертей от алкогольной болезни печени были зарегистрированы как смерти от иных форм болезни печени. Исключить такой вариант априори нельзя, но можно допустить, что это сходство в определенной мере объективно. Больным хроническими болезнями печени любой природы алкоголь противопоказан, а высокое потребление алкоголя в обществе делает отказ от алкоголя все более проблематичным. То же самое в случае кардиомиопатии, но для ликвидации сходства нужно предположить, что около 30% смертей от алкогольной кардиомиопатии отнесены к другим формам этой болезни. Это означает, что практически все наблюдаемые смерти от кардиомиопатии имеют алкогольную природу. Как и в случае болезней печени, сходство алкогольной и «неалкогольной» кривых может быть вполне объективным. А вот сходства динамики смертности от алкогольных и «неалкогольных» отравлений почти не наблюдается. Но в ряде специальных исследований отмечаются ситуации, когда в протоколе вскрытия фиксируется случайное отравление алко-

[3] См.: Халтурина Д.А. Снижение производства алкоголя спасло жизни 66 тысячам россиян за первые семь месяцев 2006 г. // Наркология... № 12; Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Алкоголь и наркотики как важнейшие факторы демографического кризиса в России // Наркология... 2006. № 8. С. 42-49.

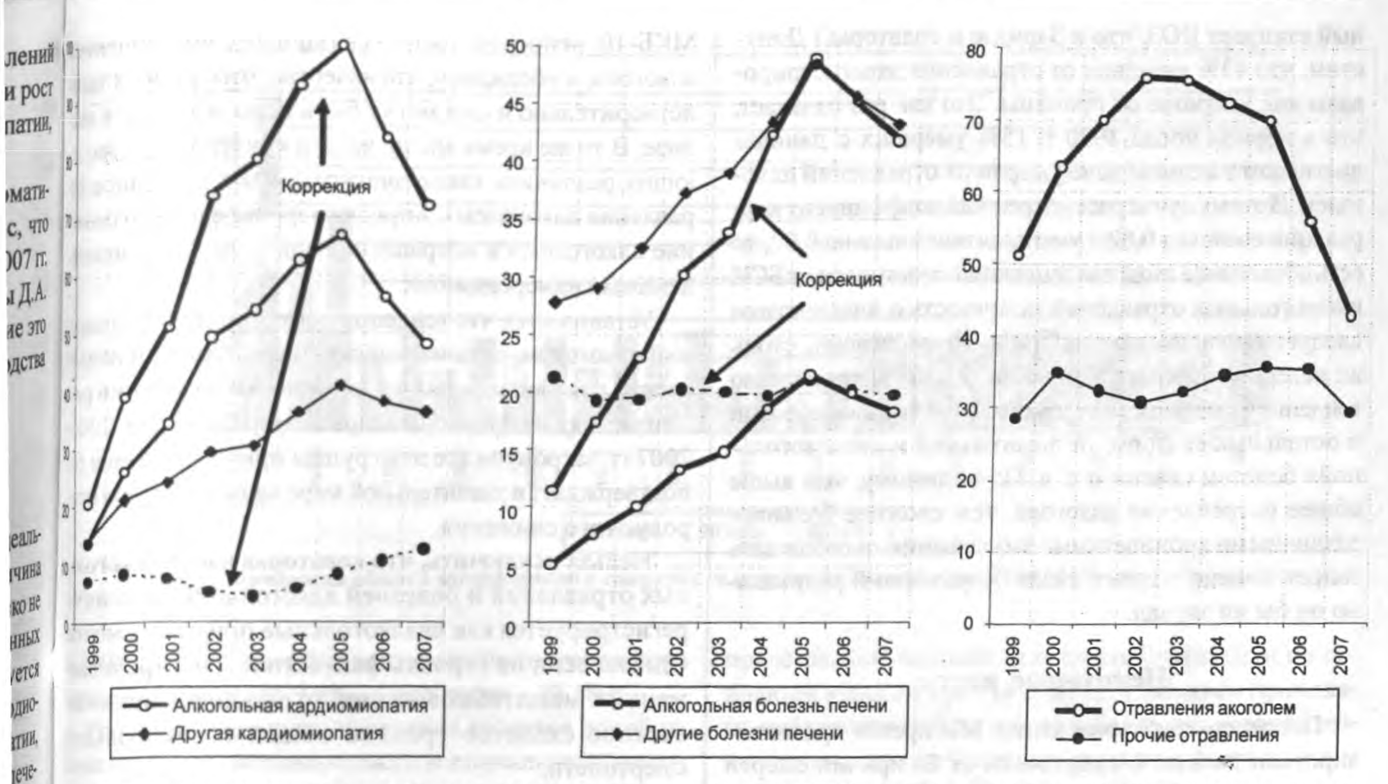


Рис. 4. **Стандартизованные коэффициенты смертности мужчин** (на 100000) **от алкогольных и неалкогольных вариантов одной и той же причины смерти** (пунктирные линии - попытка коррекции)

голем, а в медицинском свидетельстве о смерти указан другой диагноз[4]. По-видимому, причина этого явления кроется в остро негативном отношении родственников умершего к такому диагнозу.

То, что подобное явление существует, не вызывает сомнений. Вопрос в том - насколько оно распространено. По данным Давида Заридзе и его соавторов, полученным в ходе исследования в одном из крупных городов России[5], значительная часть алкогольных отравлений регистрируется как смерть от других причин, прежде всего от болезней системы кровообращения. По их мнению, высокая корреляция показателей смертности от алкогольных отравлений и, например, атеросклеротической болезни сердца отражает прежде всего не рост смертности от данной причины с ростом потребления алкоголя, а является следствием регистрации части отравлений как смерти от атеросклеротической болезни. Как наиболее опасные в этом отношении причины смерти авторы называют «другие формы острой ишемической болезни сердца» и «атеросклеротическую болезнь сердца». Диагноз «атеросклеротическая болезнь сердца» вообще вызывает много подозрений. Милле и Вален в исследовании смертности по причинам в XX веке на Украине[6] установили, что этот диагноз часто заменяет «причина смерти не установлена».

Ряды СКС от других форм острой ишемической болезни сердца и от атеросклеротической болезни сердца действительно сильно коррелируют с рядом СКС от алкогольных отравлений. Парные коэффициенты корреляции в 1999-2007 гг. больше 0,8, и уровень статистической значимости меньше 0,01. Может ли эта корреляция быть объяснена тем, что некоторая часть смертей от отравлений алкоголем зарегистрирована как смерть от БСК, как это полагают Заридзе и соавторы? В какой-то мере, несомненно, но вот в какой? Расчет провести несложно. Рассмотрим для примера смертность от всех форм ишемической болезни сердца за исключением острого инфаркта миокарда. По данным цитированной статьи, до 15% умерших от этой группы причин на самом деле умерли от отравления алкоголем. В период после 1990 г. стандартизованные коэффициенты смертности в возрасте 35-69 лет от этой причины и от отравлений алкоголем составляют 0,89. (Мы использовали тот же возрастной интервал и Всемир-

[4] См.: Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. Коллектив авторов под руководством В.М. Школьникова, В.В. Червякова. Москва, Программа развития ООН. 2000.

[5] См.: Zaridze D., Maximovitch D., Lazarev A., Igitov V., Boroda A., Boreham J., Boyle P., Peto R., Boffetta P. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies. International Journal of Epidemiology 2009; 38: 143-153.

[6] См.: Meslé France and Vallin Jacques, 2003. - Mortalité et causes de décés en Ukraine au XXe siécle. - Paris, INED, xvi + 396 p. (Les cahiers de l'INED, cahier n° 152 (Avec des contributions de Vladimir Shkolnikov, Serhii Pyrozhkov, Serguei Adamets).

ный стандарт ВОЗ, что и Заридзе и соавторы.) Допустим, что 43% умерших от отравления зарегистрированы как умершие от причины. Это как раз означает, что в период после 1990 г. 15% умерших с данным диагнозом на самом деле умерли от отравлений алкоголем. В этом случае рассмотренный коэффициент корреляции составит 0,82 и уменьшится только на 0,07, то есть объяснение сходства тенденций смертности от БСК и алкогольных отравлений неточностью диагностики следует признать неудавшимся. По-видимому, столь же неверно объяснять ошибками диагностики сходство тенденций смертности от алкогольной кардиомиопатии и остальных ее форм, от алкогольной и «неалкогольной» болезни печени и т. д. По-видимому, чем выше общее потребление алкоголя, тем сложнее больным различными хроническими заболеваниями соблюдать запрет лечащего врача, сколь безусловно и радикально он бы ни звучал.

Некоторые итоги

Подведем некоторые итоги. Мы кратко проанализировали данные о смертности от 26 причин смерти МКБ-10, непосредственно связанных с потреблением алкоголя, и убедились, что качество этих данных удовлетворительно и они могут быть использованы в анализе. В то же время мы не нашли критериев, позволяющих различить такие диагнозы, как «случайное отравление алкоголем», «преднамеренное самоотравление алкоголем» и «отравление алкоголем с неопределенными намерениями».

Установлено, что тенденции смертности от отравлений алкоголем, от соматических заболеваний и психических и нервных болезней алкогольной этиологии различаются, однако снижение смертности в 2005-2007 гг. затронуло все эти группы причин, что еще раз подтверждает в значительной мере «алкогольную» природу этого снижения.

Нельзя исключить, что некоторая часть алкогольных отравлений и болезней алкогольной этиологии регистрируется как неалкогольные причины смерти. Однако если не строить фантастических предположений о масштабах явления, то оно не объяснит известное сходство трендов общей и алкогольной смертности.

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

С.А. Сукнёва, *канд. экон. наук,*
ФГНУ «Институт региональной статистики Севера»

Демографическое развитие региона определяется процессами, происходящими на его территории. С начала 90-х годов прошлого века в Республике Саха (Якутия), как и в целом по России, наблюдается сокращение численности населения. Наряду с миграционным оттоком населения, сопровождаемым отрицательным сальдо миграции, снижение численности обусловлено также и повышением смертности населения республики. В 1950-е - начале 1960-х годов Россия пережила период быстрого снижения смертности. Этому способствовали многие факторы, в частности успехи мировой медицинской науки, включая открытие антибиотиков, развитие системы бесплатного здравоохранения, рост образовательного и культурного уровня населения [1]. В качестве своеобразной точки отсчета для оценки негативных тенденций российской смертности обычно принимается середина 60-х годов прошлого века [6, с. 65]. До этого периода смертность населения России в целом и в ее отдельных регионах стабильно снижалась.

Долговременные изменения показателей смертности населения Республики Саха (Якутия) отражает динамика общего коэффициента смертности. Уровень смертности населения с 1950 по 1965 г. снизился более чем в два раза - с 20,7 до 8,2‰ (см. рис. 1). В последующие годы отмечается замедление процесса сокращения смертности. Отчетливо прослеживается дифференциация смертности городского и сельского населения, более низкий уровень смертности городского населения сохранялся вплоть до начала 1990-х годов. Второе заметное снижение смертности населения, связанное с антиалкогольной кампанией, проводившейся на территории страны с 1985 г., было непродолжительным [8].

К 1990 г. уровень смертности населения Республики Саха (Якутия) достиг наименьших значений: 6‰ для городского населения и 8‰ - для сельского. Затем смертность сельского населения значительно повысилась; при этом увеличение смертности городского населения произошло более высокими темпами, и с 1995 г. показатели смертности городского и сельского населения практически сравнялись, а в отдельные годы общий коэффициент смертности городского населения даже несколько превышал сельский. По предварительным данным,